ANEXO ÚNICO

TERMO DE RECONHECIMENTO VOLUNTÁRIO DE PATERNIDADE SOCIOAFETIVA

Qualificação completa da pessoa que comparece para reconhecer o filho (nome completo, nacionalidade, naturalidade, data de nascimento, estado civil, profissão, RG, CPF, endereços, telefones e filiação, com especificação dos nomes completos dos genitores para constarem como avós conhecidos):

_____
_____
_____
_____
_____

Dados do filho reconhecido (nome completo, indicação do Ofício de Registro de Pessoas Naturais em que foi realizado seu registro de nascimento, nome da mãe, endereço desta e do filho, telefones, etc.)

_____
_____
_____
_____
_____

DECLARO, sob as penas da lei, que a filiação socioafetiva por mim firmada é verdadeira e que RECONHEÇO meu filho socioafetivo acima identificado em caráter IRREVOGÁVEL, bem como que não tramita qualquer ação judicial relativa à paternidade ora reconhecida.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente termo.

Local_____ data_____

Assinaturas:

_____
Pessoa que vai reconhecer a paternidade

_____
Filho reconhecido